Lane Medical Library 18

Ueber
Erysipelas.

Chirurgische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung
der medicinischen Facultaet
der vereinigten Friedrichs-Universitaet
Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde
in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am
18. März 1868 — Vormittags 11 Uhr

von
Wilhelm Körmigk
aus Anhalt

gegen

L. Degener, Dr. med.
W. Havixbeck, Cand. med.

Halle,
Druck von Wilhelm Plötz.

Seinem verehrten Lehrer

Herrn Prof. Dr. R. Volkmann

in Dankbarkeit

gewidmet

von

dem Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0289

Das Erysipelas ist für den Chirurgen eine der wichtigsten Krankheiten, theils weil es ziemlich häufig vorkommt, theils weil es nie ohne Gefahr ist, oder doch wenigstens einen höchst störenden Einfluss auf die Heilung etwa vorhandener Wunden hat. Es wäre desshalb von grossem Vortheil, eine Behandlungsmethode zu besitzen, die eine gewisse Sicherheit bietet zur Bekämpfung der Krankheit. Leider aber sind die Behandlungsmethoden sehr verschiedenartig und bestehen in einem Herumprobiren, das von der Unsicherheit der einzelnen Mittel zeugt. Es ist desshalb die Aufgabe die ich mir gestellt habe, einmal die ganze Reihe der Mittel Revue passiren zu lassen eine ganz gerechtfertigte. Herrn Prof. R. Volkmann, der mir mit grösster Freundlichkeit die Literatur zur Verfügung stellte und mir mit Rath und That beistand, sage ich hierdurch öffentlich meinen herzlichsten Dank.

Eine zweite sehr interessante und auch für die Behandlung äusserst wichtige Seite bietet das Erysipelas in Betreff seiner Aetiologie. Die Infectionstheorie, die sich mehr und mehr Bahn bricht seit der Veröffentlichung der Semmelweiss'schen Ansicht

über die Entstehung des Puerperalfiebers und der ausgezeichneten Experimente von Billroth und Weber über die Aufnahme septischer Stoffe ins Blut, findet ja auch bei dem Erysipelas seine Anwendung. Es ist desshalb auch dieser Punkt von mir berührt worden. Die geringe Erfahrung, die ich besitze, lässt mich übrigens die volle Nachsicht des Lesers in Anspruch nehmen.

Das Erysipelas ist eine acute diffuse Entzündung der Haut, selten mit wesentlicher Betheiligung des Unterhautbindegewebes, die nach der einen Ansicht auf einer Allgemeinkrankheit beruht, sicher aber von einer Allgemeinkrankheit begleitet ist und meist einen typischen Verlauf hat.

Diese letzte Eigenthümlichkeit macht auf die Aehnlichkeit mit den acuten Exanthemen aufmerksam. Auch dort existiren neben mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Entzündung der Haut und theilweise unabhängig von ihr ein beträchtliches Allgemeinleiden, Fieber, Verdauungsstörungen, Kopfsymptome, ein Prodromalstadium, und Neigung zu bestimmter Dauer; ausserdem kommt das Erysipel zuweilen epidemisch vor, kann contagiös werden und besitzt ein Incubationsstadium (Pujos).

Alle diese Erscheinungen sind aber nicht so

auffallend, nicht so scharf markirt bei dem Erysipel und es finden sich auch noch andere wesentliche Unterschiede, wie z. B. die Häufigkeit der Recidive, der von Gelegenheitsursachen abhängige an verschiedenen Körperstellen vorkommende Sitz der Krankheit und die unregelmässige Ausbreitung der Entzündung. Es haben desshalb manche Aerzte, unter ihnen besonders Hebra und Lawrence das Specifische der Krankheit geläugnet.

Von dem Erythem und der Phlegmone, dem phlegmonösen Erysipelas der Engländer, lässt es sich in der Regel leicht unterscheiden, jedenfalls liegt kein Grund vor, diese Krankheiten hieher zu ziehen, da das Erythem in der Regel nicht von einer Allgemeinkrankheit begleitet ist und die Phlegmone ihren primären Ausgangspunkt vom Unterhautbindegewebe nimmt, doch kommen Uebergangsformen vor, die die differentielle Diagnose schwierig machen können.

Aetiologie. Die Ursachen des Erysipelas sind verschiedener Art und lassen sich in wirkliche und Gelegenheitsursachen scheiden. Die wirkliche Ursache ist ein Gift, welches nach meiner Ansicht ein specifisch erysipelatöses sein muss, das durch Gelegenheitsursachen auf den Körper übertragen die Krankheit hervorruft.

Die Art und Weise und der Ort der Bildung des Giftes und die Beschaffenheit desselben sind schwer zu eruiren, die Ansichten darüber gehen weit auseinander und es muss spätern Geschlechtern überlassen bleiben, dies zu finden. Vorläufig haben wir nur Hypothesen.

Wie schon oben bemerkt, hat Hebra das Specifische der Krankheit überhaupt geläugnet, während er das Pockengift nicht läugnen kann. Die Uebereinstimmung mit den acuten Exanthemen ist aber doch eine zu auffallende, um darin nicht eine Analogie zu finden.

Auch über die Art der Bildung gehen die Ansichten sehr auseinander. Billroth glaubt, dass das Gift durch Zersetzung organischer Stoffe spontan entstehen könne, also z. B. durch zurückgehaltenes Wundsecret (Selbstinfection). Andere nehmen an, dass es sich als Miasma unter hierzu günstigen Umständen entwickeln könne, eine derartige Entwicklung soll besonders leicht Epidemien hervorrufen. Die Campbell'sche Arbeit in Holms System of surgery bringt hierzu zahlreiche Beispiele, die auch in Wernhers Handbuch der Chirurgie angeführt sind. Die dritte Ansicht ist die, dass das Gift von einem Erysipelaskranken auf einen andern übertragen werde, also ein Contagium die Krank-

heit hervorrufe, die Träger dieses Contagiums sollen alle Gegenstände sein können, mit denen ein Erysipelaskranker in Berührung gekommen ist, Kleidung, Wäsche, Verbandzeug, Instrumente, die untersuchenden Finger, Betten, ja selbst das Zimmer, das der Kranke bewohnt hat. Mir scheint diese Ansicht die einfachste und klarste, auch die bequemste, aber leider ist der Beweis sehr schwierig und oft hat sich in der Medicin gefunden, dass der bequemste Weg nicht der richtigste ist. Impfversuche, die am sichersten Aufschluss geben würden, sind wohl kaum gemacht worden, wenigstens habe ich nichts davon in der Literatur finden können. Bei Masern, Scharlach, Typhus hat man aber auch kaum Impfversuche gemacht und trotzdem läugnet Niemand die Contagiosität dieser Krankheiten. Die Engländer, die grösstentheils Anhänger der Contagionstheorie sind, betonen die Analogie des Puerperalfiebers. Gerade diese Krankheit hat ja seit der Veröffentlichung der Ansicht von Semmelweiss über ihre Entstehung der Lehre von der Infection eine neue Richtung gegeben, sie bedeutend gefördert und, was die Hauptsache ist, sie hat Anklang gefunden. Auch das Puerperalfieber sollte nach Kiwisch aus Miasmen, die durch schlechte Luft, zersetzte organische Substanzen

und besonders durch gesundheitswidrige Zustände der Hospitäler entstehen sollten, seinen Ursprung nehmen, bis Semmelweiss mit seiner Ansicht hervortrat und sie durch auffallende Beweise erhärtete, dass die Krankheit durch Uebertragung septischer Stoffe entstehe und höchstens noch durch Selbstinfection hervorgerufen werden könne, doch ist ja darin kein grosser Unterschied.

Auch das Puerperalfieber ist nicht geimpft worden und doch wird man nach der vorzüglichen Bearbeitung, die diese Krankheit in Veits Lehrbuch über Frauenkrankheiten gefunden hat, kaum noch läugnen, dass die Uebertragung septischer Stoffe in der Regel das Puerperalfieber hervorrufe.

Ich bin desshalb auch in Betreff des Erysipelas davon überzeugt, dass ein septischer Stoff die Krankheit erzeuge. Dass es ein specifisch-erysipelatöses Gift gebe, lässt sich freilich schwer beweisen, ist aber bei dem ausgesprochen typischen Wesen der Krankheit wahrscheinlich, ebenso wie wir ein specifisches Pockengift u. s. w. anzunehmen gezwungen sind.

Ich glaube desshalb, dass die Krankheit nur durch Uebertragung des Erysipelasgiftes entsteht. Unterstützt wird diese Ansicht durch massenhafte Beobachtungen der Engländer, ferner Wernhers,

Billroths u. s. w. Wernher glaubt besonders bei Epidemien die Wirkung eines Contagiums beobachtet zu haben. Billroth hat die Beobachtung gemacht, dass 3 Personen, die in verschiedenen von einander entfernten Zimmern des Spitals lagen, gleichzeitig an Erysipelas erkrankten, weil sie nach einander in demselben Zimmer operirt waren.

Pujos hält in einer im Jahre 1865 gekrönten Preisschrift das Erysipelas ebenfalls für contagiös. Ebenso Pirogoff, der die Krankheit seltener gesehen zu haben glaubt, seit er die Erysipelaskranken von mit andern Wunden behafteten Kranken getrennt hat.

Billroth glaubte früher an die Contagiosität der Krankheit. In seiner allgemeinen chirurg. Pathologie und Therapie macht er desshalb auf den vorsichtigen Gebrauch des Verbandzeuges u. s. w. wie bei den übrigen chirurgischen Infectionskrankheiten anfmerksam. Späterhin widerruft er diese Ansicht, da ihm der Nachweis fehlt. Er legt besondern Werth auf das leichte Entstehen der Krankheit durch verhaltenes Wundsecret. Pirogoff näht aus demselben Grunde Schädelwunden nicht. Er glaubt an Selbstinfection. Weshalb soll man aber nicht annehmen können, dass das in dem Secret enthaltene Gift, das aber von aussen hineingebracht ist, nur desshalb leichter resorbirt werde, weil es

eben nicht fortgeschafft werden kann? Mir scheint diese Annahme einfacher und leichter erklärlich. Ich halte die spontane Entstehung des Giftes nicht für möglich und nicht für nöthig. Es kommen ja auch Fälle bei entschieden contagiösen Krankheiten vor, besonders bei den ersten Fällen in Epidemien, wo der Nachweis der Infection unmöglich ist, ohne dass man anzunehmen braucht, dass das Gift spontan entstanden ist.

Ich komme jetzt zu der noch gebräuchlichen Eintheilung des Erysipelas in traumatisches und spontanes. Die Gelegenheitsursachen sind ja in der Regel Traumen. Das spontane Erysipelas soll dagegen das Product, das Symptom einer Allgemeinkrankheit sein, man glaubte dies aus der Analogie mit den Exanthemen entnehmen zu können. Jetzt bricht sich die Annahme mehr und mehr Bahn, dass es nur traumatische Erysipele gebe und dies hängt nach meiner Meinung mit der Contagiosität zusammen. Meistens sind es gar nicht grosse Wundflächen, von denen die Krankheit ausgeht, sehr häufig werden selbst ganz geringe Schädlichkeiten, wie z. B. eine Erosion an der Nase, eine Impetigopustel, ein Blutegelbiss, eine Punktionsöffnung, die Ausgangspunkte. Gerade solche Fälle wo der Ort der Infection sich nicht nachweisen

lässt, haben zu der Annahme geführt, dass es spontan entstehen könne. Der häufigste Sitz des spontanen Erysipels sind übrigens meistens Körperstellen, die mannichfachen Insulten ausgesetzt sind, besonders die Uebergangsstellen der Schleimhäute in die äussere Haut, Nase, Mund, After, Scrotum. Nach Bardeleben sind 80 % der Fälle Kopfrosen, die besonders häufig von der Nase ausgehen. Eine andere Möglichkeit lässt sich ebenfalls annehmen. Bei der grossen Aehnlichkeit der Krankheiten der Schleimhäute und der äussern Haut, könnte ja auch zuweilen die Schleimhaut der Sitz der Infection werden. Es entsteht ein Allgemeinleiden, Fieber und erst später wandert das Erysipelas auf die Haut über und kommt erst zum Vorschein, nachdem es bereits längere Zeit bestanden hat. Fälle in denen längere Zeit eine fieberhafte Angina bestanden hat, zu der ein Nasenkatarrh hinzukommt und dann plötzlich ein Erysipelas faciei entsteht, kommen ja vor. Auch die Mitleidenschaft der benachbarten Schleimhäute beim Erysipelas spricht dafür. Wernher spricht diese Ansicht aus und ich finde einen Belag dafür in einer Krankengeschichte, die ich vor mir habe:

Nach der Operation eines fibrösen Nasenrachenpolypen entstand eine Angina mit mässigem

Fieber und plötzlich entstand ein sehr schweres Erysipelas faciei.

Wenn man solche Erysipele als spontane bezeichnen will, so habe ich nichts dagegen. Ich weiss nicht, auf welchem Wege die Gifte der acuten Exantheme zur Resorption gelangen, aber es scheint mir doch wahrscheinlich, dass sie den Weg durch die Schleimhäute wählen, da sie doch wohl selten geimpft werden. Dieselbe Entstehungsweise halte ich auch beim Erysipelas für möglich.

Nehmen wir nun auch an, dass das Erysipelas durch ein specifisches Gift entsteht, so müssen wir doch gleichzeitig bemerken, dass es weniger sicher inficirt, als die übrigen Exantheme, oder anders ausgedrückt, die Empfänglichkeit für das Gift ist im Allgemeinen eine viel geringere.

Diese Empfänglichkeit ist auch individuell sehr verschieden, wie bei den übrigen Exanthemen. Wir sind desshalb gezwungen, eine Prädisposition anzunehmen. Von Leuten, die mit denselben Verletzungen, unter denselben Umständen leben, erkranken nur einzelne, manche Personen auffallend häufig, zuweilen sogar periodisch.

Prädisponirend sind besonders Scrofulose und die dabei vorkommenden Hautausschläge, Gicht, das Ende acuter fieberhafter Krankheiten, wie Ty-

phus, Pyaemie, gastrischer Fieber, Nieren- und Leberkrankheiten (Potatoren), Verdauungsstörungen, Menstruationsstörungen, Erkältung, Aufenthalt in verdorbener Luft. Im Frühjahr und Herbst mehrt sich die Zahl, sie wächst mit der Anzahl eiternder Wunden (Billroth). Weiber sollen häufiger erkranken als Männer, nach einer Statistik von Vidal ist das Verhältniss gleich. Die grösste Anzahl von Erkrankungen fällt auf die Zeit zwischen der Pubertät und dem 30sten Lebensjahre. Doch hat man wohl nicht beachtet, dass da auch die meisten Verletzungen vorkommen.

Symptome und Verlauf.

In der Regel hat das Erysipelas ein Prodromalstadium. Es zeigt sich ein allgemeines Krankheitsgefühl, Verlust des Appetites, belegte Zunge, Brechneigung, Kopfweh, Fieber, das nur selten vor Ausbruch des Exanthems fehlt. Die Prodrome sind verschieden nach der leichtern oder schwerern Form der Krankheit, aber auch individuell sehr verschieden. Dauer meist 12 – 36 Stunden. Das Fieber beginnt mit Frösteln, häufig auch mit einem Froste und darauf folgender Hitze. In 130 von Billroth zusammengestellten Fällen begann die Krankheit 37-mal mit einem Frost. In der Dissertation von

Blass, Leipzig 1863 begannen von 31 Fällen 9 mit einem kürzere oder längere Zeit dauernden Schüttelfrost.

Die Haut ist heiss und trocken. Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Aufstossen, Uebelkeit, Brechneigung oder Erbrechen, die Zunge ist belegt, Geschmack schlecht, Schmerz in den Praecordien. Stuhl angehalten, Temperatur steigt rapide zu bedeutender Höhe, nach Blass 39,4—40,6°C. und höher, Puls sehr frequent. Respiration dem Puls entsprechend. Die benachbarten Lymphdrüsen schwellen an und werden schmerzhaft, so dass man schon daraus zuweilen den Ort des Ausbruchs bestimmen kann. Bald sinkt die Temperatur wieder um mit dem Ausbruch des Exanthems, der bald erfolgt, etwa auf dieselbe Höhe zu steigen. Gewöhnlich zeigt sich dasselbe zuerst auf einer grössern Hautstelle, breitet sich rapide aus und steht dann meist 2—3 Tage still, um entweder gänzlich zurückzugehen oder mehr oder weniger gleichmässig fortzuschreiten. Die Richtung der Ausbreitung ist entweder gleichmässig nach allen Seiten oder ungleichmässig nach verschiedenen Seiten, zuweilen in bestimmter Richtung. Selten entstehen in der Umgebung neue Erysipele, die mit dem ersten zusammenfliessen. Die Färbung

er Haut ist verschieden und ist meist nicht pro-
nostisch wichtig. Zuweilen, besonders an der be-
aarten Kopfhaut fehlt sie ganz, sonst ist sie gelb-
oth, blassrosa, dunkel kirschroth oder bläulichroth,
ei gangraenösen Rosen auch wohl schwärzlich.
Die Röthe verschwindet bei Druck und hinterlässt
ine gelbliche Stelle, kehrt aber schnell zurück.
Die Haut ist an der Stelle heiss und trocken, sehr
espannt und schmerzhaft, die Entzündung scharf
egrenzt mit erhabenem Rand. Wo dieser fehlt,
eht die Entzündung meist weiter. Die Schwel-
ung ist an den Stellen, wo laxes Bindegewebe ist,
ehr bedeutend, wo die Haut fest angeheftet ist,
ann sie fast ganz fehlen. Es zeigt sich ein Ge-
ühl von Spannung, von Jucken und Brennen, auch
ohl heftige lanzinirende Schmerzen. Häufig er-
ebt sich die Epidermis durch ausgeschwitztes Se-
um zu Blasen und Bläschen, die entweder klar
ind oder durch Eiter und Blut sich färben und
urch Zerplatzen zu gelben oder braunen Krusten
introcknen.

Das Fieber steigt mit der Eruption meist auf
ieselbe Höhe wie im Prodromalstadium, um dann
llmählig zu fallen und erst mit der Weiterver-
reitung des Exanthems von Neuem zu steigen.

Meist Frösteln, seltener Schüttelfrost, das sich noch öfter wiederholen kann.

Wie die Temperatur, so steigt auch der Puls um dann allmählich herunterzugehen. Am 10. Tage soll er normal sein. Steigt er über den 6. oder 7. Tag hinaus, so ist dies nach Nunnely ein böses Zeichen. Wird er klein, frequent oder unregelmässig, so wird die Prognose übel. Die Respiration ist der Pulsfrequenz entsprechend. Die Haut ist heiss und trocken oder feucht und schwitzend. Häufig Sudamina. Die Verdauung wird gewöhnlich eher frei, als die Entzündung aufhört sich zu verbreiten. Meist Stuhlverstopfung, selten Diarrhoeen, Zunge meist belegt, in schweren Fällen trocken und rissig. Durst gross. Der Harn zeigt constant Veränderungen. Er ist nach der Intensität des Fiebers verschieden. Er ist dunkel, concentrirt, sparsam, sedimentirt, bei schweren Fällen enthält er Eiweiss und dann bei der Desquamation Epithelien. Reaction sauer, Chloride vermindert. Nach Andral und Gavarret sind die Blutkörper vermindert, nach Schönbein das Serum gelblich (?). Die Kopfsymptome sind besonders bei Kopfrosen sehr bedeutend. Delirien sind häufig. Hierbei kommen auch öfter Entzündungen der Mundschleimhaut und des Rachens vor. Abscesse und

Gangrän entstehen besonders da, wo laxes Bindegewebe ist, wie am Scrotum und den Augenlidern, sind aber meist klein und heilen schnell.

Die Dauer der Krankheit wird meist auf 6—10 Tage angegeben. In den 130 Fällen, die Billroth zusammengestellt hat ist die Dauer ziemlich gleichmässig 2—10 Tage, selten kürzer oder länger. Spontane und traumatische Erysipele verhalten sich in dieser Hinsicht ziemlich gleich, nur giebt es bei den spontanen Erysipelen selten so kurz und so lang dauernde Fälle, wie bei den traumatischen.

Der Verlauf der Rose ist folgender. Nach dem Ausbruch des Exanthems bleibt es etwa 2—3 Tage stehen. Gleichzeitig fällt die Temperatur. Dann schreitet die Entzündung weiter, entweder regelmässig d. h. continuirlich oder in mehr oder weniger regelmässigen Intervallen — discontinuirlich, unter gleichzeitiger Steigerung des Fiebers. Das Fieber hängt jetzt von dem Grad der Entzündung ab. Der discontinuirliche Verlauf ist höchst eigenthümlich und es scheint, als sähe man Recidive. Diese Eigenthümlichkeit kommt übrigens ganz spontan meist bei schwächlichen Individuen vor und ist nicht ein Product der Behandlung (Billroth). Sobald das Erysipelas erblasst, tritt meist Nachts ein plötzlicher Abfall

der Temperatur ein und geht zuweilen in 12 Stunden zur Norm. Länger als 48 Stunden dauert der Abfall nie. Beginnt die Defervescenz erst gegen Morgen, oder am Tage, so dauert sie länger (Blass), das Mittel des Abfalls beträgt 2,5°C. (Blass). Ziemlich häufig geht sie dann unter die Norm um Abends wieder etwa 1° über die Norm zu steigen und dann im Verlauf der Nacht wieder zurückzugehen. Ein Grund lässt sich dafür meist nicht anführen. In 16% sind es kurze Recidive. Nach dem Aufhören der Entzündung löst sich die Epidermis in grössern oder kleinern Fetzen ab, die Haare gehen aus, kommen aber später, oft neu gestärkt wieder. Oft, besonders nach wiederholten Recidiven bleibt eine schwer zu beseitigende Infiltration der Cutis zurück.

Behandlung der Rose.

Einen hervorragenden Platz in Betreff der Behandlung nimmt die Prophylaxis ein. Ich stimme hierin Billroth vollständig bei, der hier, wie bei allen chirurgischen Infectionskrankheiten besondere Vorsicht im Gebrauch des Verbandzeuges, der Instrumente u. s. w. anempfiehlt. Auch das Verfahren Pirogoffs, Erysipelaskranke von den Andern zu trennen, halte ich für zweckmässig. Die Wun-

den müssen sorgfältig rein gehalten werden, dass nicht eine Zersetzung des zurückgehaltenen Secrets begünstigt werde.

Eine Art Indicatio causalis erfüllt Pirogoff bei Erysipelen, die nach Stichwunden des Schädels leicht entstehen, er lässt den Kopf rasiren und spaltet die gewöhnlich verhärtete Umgebung der Wunde durch einen Kreuzschnitt und lässt sie reichlich ausbluten. Dann bedeckt er sie, wie alle einfachen Hieb- und besonders Lappenwunden, die er nicht näht, mit einem feuchten Lappen. Er will davon sehr gute Erfolge gesehen haben.

Die Behandlung der Krankheit selber ist nach den Ansichten über das Wesen der Krankheit verschieden. Die Aerzte, welche sie für das Symptom einer Allgemeinkrankheit halten, bekämpfen entweder diese, oder verhalten sich wegen der gewöhnlichen Nutzlosigkeit oder Schädlichkeit der Versuche exspectativ. Dass man wohl nur selten die Krankheit durch Calomel oder Calomel und Jalape coupirt hat, ist mir wahrscheinlich. Seit man die Temperaturverhältnisse mehr berücksichtigt hat und die Abhängigkeit des Fiebers von der Entzündung erkannt hat, hält man es wenigstens nicht mehr für unzulässig, auch eine örtliche Behandlung einzuleiten.

Die Versuche, die Krankheit aufzuhalten, misslückten aber grossentheils, daher auch der ungeheure Reichthum an sogenannten sichern Abortivmitteln. Es lässt sich allerdings nicht läugnen, dass alle empfohlenen Mittel hin und wieder gewirkt haben, aber keines von allen wirkt absolut sicher.

Eine Allgemeinhandlung ist natürlich neben der örtlichen stets indicirt, wo die Symptome es verlangen. Bei sehr grosser Ausdehnung der Entzündung, wird man von der örtlichen Behandlung überhaupt abzusehen haben und hier eignet sich vorzüglich die exspectative Methode der meisten deutschen Aerzte. Brechmittel oder Drastica sind am besten zu vermeiden, können aber in manchen Verhältnissen doch günstig wirken (Billroth.) Ein diätisches Verhalten und kühlendes Verfahren reichen meist völlig hin. Bei etwaigen Complicationen, wie Meningitis sind die dahin passenden Mittel anzuwenden.

Bei geschwächten Individuen gebe man Reizmittel und Tonica. Alcoholica in grossen Dosen zur Herabsetzung der Temperatur haben ebenfalls einen guten Erfolg.

Auf die entzündete Haut streue man ein trockenes Pulver, bestreiche sie mit Oel, oder lege

Watte auf. Bei grosser Schmerzhaftigkeit und Spannung kann man ohne Gefahr einer Metastase Eisbeutel auflegen oder Priessnitz'sche Umschläge anwenden (Wernher, Hebra), Pirogoff hält die kalten Ueberschläge für schädlich, obgleich sie dem Kranken wohlthun, er legt grossen Werth auf die Transspiration, die durch die Kälte behindert wird. Doch setzt er hinzu „unter unsern Verhältnissen." Scarificationen und Blutegel sind zu verwerfen, weil sie als neue Reize wirken.

Zur Abortivcur hat man nun eine Menge innerer und äusserer Mittel in Gebrauch gezogen, die hin und wieder günstig gewirkt haben sollen. Ob Zufall oder Wirklichkeit, ist freilich schwer zu beweisen.

Von den empfohlenen innern Mitteln ist zunächst das Ferrum chloratum zu erwähnen. Es ist zuerst von Hamilton Bell angewandt. Balfour kommt nach jahrelangem Gebrauch desselben zu dem Resultate, dass es unsicher sei. Parkes hat davon gar keinen Erfolg gesehen. Campbell meint, dass der Nichterfolg darin seinen Grund habe, dass man es in zu kleiner Dosis gegeben habe. Weniger als ʒjβ—jj prodie hätten keinen Erfolg, in schweren Fällen seien selbst ℥j — jj nöthig. Er

habe öfter 3β stündlich gegeben. Selbst schwere Gehirnerscheinungen seien keine Contraindicationen, nur bei Leber- und Nierenkrankheiten dürfe es nicht gegeben werden.

Oehler will vom Veratrin, das von Amerika aus empfohlen ist, gute Erfolge gesehen haben. Die begleitenden Reizerscheinungen machen aber das Mittel gefährlich. Willebrand hat Secale cornutum angewandt. Capparelli unterschwefligsaures Natron drachm. dimid. ad unc. 6. Mathey hat das Eisensesquichlorid selbst prophylactisch gegeben.

Sehr viel zahlreicher sind noch die äussern Mittel. Blutegel (Fenger), Vesicantien (Velpeau), Scarificationen (Dobson), Ferrum candens durch Umziehen und Betupfen (Larrey). Alle diese Mittel sind als schädlich zu verwerfen und von Nutzen sind sie selten. Ebenso die Compression mit Collodium besonders bei ausgedehnten Erysipelen, weil durch Einreissen desselben schmerzhafte Schrunden entstehen, die als neue Reize wirken. Alle möglichen Adstringentien: Alaun mit Glycerin (Ansiaux), Kalkwasser u. Mandelöl (Fournier), Plumb. acet. unc. 1, Tinct. Op. drachm. 1, Aq. lb.j (Smith) sind meist mit mangelhaftem Erfolg angewendet worden. Winter wendet neuerdings Brom an u. zwar Brom unc. 1, Brom-

kalium 3jjj Aq. ℥jjj. Die zuerst von Davy und Hasse empfohlene Tinct. Jodi, von Campbell sehr gelobt, hält Pirogoff für das beste Abortivmittel. Er gebraucht es aber höcht energisch, nämlich täglich 7—8 tüchtige Einpinselungen und hat öfter unter gleichzeitiger Transspiration, auf die er einen grossen Werth legt, das Fieber und die Temperatur häufig in 24 Stunden rückgängig werden sehen. Wahrscheinlich kommt hierbei neben der örtlichen auch die allgemeine Wirkung des in Dampfform aufgenommenen Jods in Betracht.

Campbell wandte auch das Jodcollodium an.

Besondere Beachtung verdient auch das von Velpeau empfohlene Ferrum sulfur. oder Ferrum chlorat, drachm. 1 ad libr. 1 oder in Salben scrupul. 1— drachm. 1 ad unc. 1 Fett. Das Mittel ist ziemlich unbequem und besonders ist die Wäsche gegen dasselbe sehr empfindlich, es ist aber ein sehr gutes Mittel (Wernher).

Viel bequemer und auch sicherer ist das von Higginbottom zuerst empfohlene Argent. nitr. Er cauterisirte die zuerst gereinigte und dann angefeuchtete Stelle mit dem Lapis, oder er umzog die befallene Stelle mit dem Lapis und glaubte dadurch der Entzündung eine unüberwindliche Schranke gesetzt zu haben. Die meisten Chirur-

gen haben von dieser fast naiven Anwendungsar
keinen Erfolg gesehen, und ich glaube nicht, dass
wenn die Entzündung die Grenzen nicht überschrit
der Lapis die Schuld getragen hat.

Die andere Art der Anwendung besteht i
der Einpinselung mit einer starken Lösung, wie
sie besonders von Wernher (Lösung 1:16), von R.
Volkmann (1:8) und von Pirogoff (1:4) empfohlen
wird. Diese Art der Anwendung bietet einen ho-
hen Grad von Sicherheit, sie muss aber ener-
gisch sein und wenigstens 1 Zoll über die
sichtbaren Grenzen des Erysipelas hin-
ausgehen. Sprengler wendet es ebenfalls an.

Pirogoff wendet neben der Jodtinctur, die
er für das sicherste Abortivmittel hält, und der
Lapislösung, die erst den zweiten Rang einnimmt,
noch den Campher an.

Nimmt nämlich das Erysipelas eine zu be-
deutende Fläche ein, um noch die Caustica an-
wenden zu können, so lässt er die befallene Stelle
mit Camphersalbe (ʒj/ʒj Fett) einreiben und be-
deckt sie dann mit einer dicken Lage Schweinfett
und darüber Watte. Manche Personen können
das Fett nicht vertragen, bei solchen bestreut er
die Stelle mit Mehl, Lycopodium oder Kreidepul-

er. Bei starker Spannung wendet er an Ungt. ci-
er. und Adip. ana. ℥β, Camphor ʒj. Beginnt das
rysipelas mit heftigem Fieber, oder kommt es
ei geschwächten Individuen vor, die zu Collaps
eigen, so hält er den Campher innerlich für äus-
erst wirksam und geradezu für ein Specificum.
m erstern Falle giebt er den Campher in grossen
Dosen grjj stündlich und er will fast stets eine
edeutende Transspiration, besonders auch Sinken
es Pulses bisweilen um 60 Schläge und damit
as Ende der Krankheit binnen kurzer Zeit ge-
ehen haben.

Im andern Falle giebt er kleine Dosen grj
—3 stündlich, worauf er Heben des kleinen
nd frequenten Pulses mit einer leichten Trans-
piration beobachtet hat. Er legt, wie schon
ben bemerkt, grossen Werth auf die Trans-
piration und hält desshalb kalte Ueberschläge für
chädlich.

Man sieht, dass die Materia medica nicht
arg gewesen ist mit der Spendung von „sichern"
Mitteln gegen das Erysipelas. Aber in der The-
apie wächst die Sicherheit nicht mit der Zahl
er Mittel. Wir müssen eben gestehen, dass ein
bsolut sicheres Mittel gegen die Krankheit fehlt.

Das grösste Vertrauen hat mir die Behandlungsweise Pirogoffs eingeflösst. Die Behandlung mit Campher kenne ich freilich nicht. Aber die Art, wie er die Jodtinctur und die Lapislösung anwendet, scheint mir die richtige zu sein. Man muss die Krankheit energisch angreifen, wenn man einen Erfolg sehen will, besonders leicht geht das aber, weil die angewendeten Mittel nicht gefährlich sind. Die Durchsicht einiger Krankengeschichten, deren Zahl aber zu gering ist, um daraus einen sichern Schluss zu ziehen, haben mir wahrscheinlich gemacht, dass die energische Application einen sicherern Erfolg verspricht. Es kommen desshalb nach meiner Meinung für die Behandlung des Erysipelas folgende Punkte in Betracht:

1) Die Hauptsache ist die Prophylaxis in der oben angegebenen Weise.

2) Kommen wir frühzeitig zu einem Erysipelas und ist die Ausbreitung nicht zu bedeutend so ist die energische Application der Tinctur Jodi oder der Lapislösung indicirt und zwar muss die Einpinselung eine Strecke weit über den sichtbaren Rand der Entzündung hinausgehen.

3) Bei sehr bedeutender Ausdehnung, w

ir durch die örtliche Behandlung schaden könn-
en, werden wir uns exspectativ verhalten oder
ach der von Pirogoff angegebenen Weise handeln.

4) Etwa vorhandene dyskratische Momente
nd Complicationen sind nach den für die einzel-
ien geltenden Grundsätze zu behandeln.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Körmigk, bin geboren den 24. Juli 184 zu Raguhn in Anhalt, wo meine Eltern noch leben. Der evan gelischen Confession angehörig erhielt ich meine Schulbildun auf dem Gymnasium zu Dessau, von wo ich Ostern 1864 m dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Dann besuchte ic nach einander die Universitäten Jena, Berlin, Leipzig und Halle Das Tentamen physicum bestand ich in Berlin im März 186 das Examen rigorosum den 2. und 3. März 1868.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesunge folgender Herren:

In Jena: Gegenbaur, Czermak, Geuther, Hallie A. Schmidt.

In Berlin: Reichert, Du Bois-Reymond, Dove, Traube Lewin, Jüngken, Mitscherlich.

In Leipzig: Credé, Wunderlich, Schmidt, Thiersch Ruethe, Bock, Coccius, Wagner, Wendt.

In Halle: R. Volkmann, Weber, Olshausen.

Allen diesen Herren, besonders Herrn Prof. Volkmann für ihr mir bewiesenes Wohlwollen meinen herzlichsten Dank

Thesen.

I.

Die Ursache des Erysipelas ist ein Contagium.

II.

Bei dem jetzigen Zustande des Hebammenwesens sollte zu jeder Geburt der Arzt gezogen werden.

III.

Bei acuten fieberhaften Krankheiten ist die Digitalis zu vermeiden und durch kalte Abwaschungen, resp. kalte Bäder zu ersetzen.